



CADRE RESERVE A L'I.R.M

Examen : _____
 Médecin prescripteur _____
 Commentaires : _____

Rendez-vous : _____ / _____ / _____
 à _____ h _____
 SANS IV AVEC IV

Modifications apportées	Validation radiologue
_____	_____
_____	_____
_____	_____

IMPORTANT : Les examens IRM nécessitent certaines précautions. Il est **indispensable** de renseigner correctement le questionnaire. Des informations incomplètes ou erronées peuvent avoir pour conséquence un examen inutile, de mauvaise qualité ou être cause d'accident.

Merci de nous renvoyer ce **questionnaire** dans les plus brefs délais, accompagné de l'**ordonnance** de votre médecin.

Merci de joindre également le **compte-rendu** d'une éventuelle opération avec pose de **matériel chirurgical** ou pose **de stents** avec les **références précises** de ce matériel posé.

M. / Mme _____

☎ : _____
 Date de naissance: _____ / _____ / _____

A - Poids : _____ Taille : _____ Patient en ambulance Patient valide

B - ANTECEDENTS ET CONTRE-INDICATIONS

		<u>Année de pose</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Etes vous porteur :		
- d'un pace maker ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OUI	_____
- d'un neurostimulateur ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OUI	_____
- d'une valve cardiaque ? si oui, joindre la carte de porteur avec références	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OUI	_____
- d'une prothèse vasculaire type filtre, stents.. ? si oui, références	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OUI	_____
- de clips ou valve cérébrale de dérivation ? si oui, références	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OUI	_____
- d'un implant cochléaire (implant auditif)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OUI	_____
- d'un implant oculaire ou implant de cataracte	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OUI	_____
- d'une pompe régulatrice d'injection (pompe à insuline -Freestyle)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OUI	_____
- de fils métalliques ou agrafes post-opératoires, de clips chirurgicaux	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OUI	_____
- d'un implant mammaire ou pénien ? si oui, joindre références	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OUI	_____

C - RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Avez-vous travaillé dans la métallurgie ? Avez-vous pu recevoir ou déjà fait retirer des **corps métalliques dans les yeux** ? - si oui, une radio des orbites sera effectuée Non OUI

Avez-vous subi une **intervention chirurgicale** dans les 2 mois ? si oui, laquelle ? Non OUI

- une prothèse articulaire (genou, hanche ...)
- du matériel osseux (tiges, plaques, broches...)

Présentez-vous une **insuffisance rénale** connue ou une **maladie rénale** ? Non OUI

Etes-vous porteur d'un **tatouage** de moins 3 semaines ou d'un **piercing** ? Non OUI

Etes-vous porteur d'un **patch** (hormones, patch anti-tabac...) ? Non OUI

Etes-vous **enceinte** de moins de 3 mois (ou présentez-vous un risque de grossesse) Non OUI

Allaitiez-vous actuellement votre enfant ? Non OUI

Etes-vous **allergique** au Gadolinium ? Non OUI

Etes-vous **claustrophobe** ? Non OUI

D - CONSENTEMENT

Je soussigné(e) _____ accepte la réalisation de l'examen

Questionnaire complété le _____ / _____ / _____ Signature :